



El resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) lo ayudará a escoger un **plan** de salud. El SBC le muestra cómo usted y el **plan** compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este **plan** (llamado la **prima**) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la misma, visite www.shbp.georgia.gov o llame al 1-855-641-4862. Para definiciones generales de términos comunes, tales como **monto permitido**, **facturación de saldo**, **coseguro**, **copago**, **deducible**, **proveedor** u otros términos **subrayados**, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-855-641-4862 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Qué es el deducible general?	Para proveedores de la red : \$1,300 usted; \$1,950 usted + cónyuge o hijo(s); \$2,600 usted + familia. Para proveedores fuera de la red : no está cubierto.	Generalmente, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible total de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance el monto del deducible ?	Sí. La atención preventiva y los servicios de atención primaria están cubiertos antes de que usted alcance el monto del deducible .	Este plan cubre algunos elementos y servicios, aun si no ha alcanzado el monto del deducible . Sin embargo, puede aplicar un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos , antes de que usted alcance su deducible. Consulte una lista completa de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar el deducible para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de su bolsillo para este plan ?	Para proveedores de la red \$4,000 usted; \$6,500 usted + cónyuge o hijo(s); \$9,000 usted + familia. Para proveedores fuera de la red : no está cubierto.	El límite de gastos de su bolsillo es el monto máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan , tienen que alcanzar sus propios límites de gastos de su bolsillo hasta que se alcance el límite general de gastos de su bolsillo de la familia.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de su bolsillo ?	Los copagos para ciertos servicios, las primas , los cargos de facturación de saldo y la atención médica que este plan no cubra.	Aunque usted pague estos gastos, los mismos no cuentan para el límite de gastos de su bolsillo .

<p>¿Pagará menos si usa un proveedor de la red?</p>	<p>Sí. Visite www.anthem.com/shbp o llame 1-855-641-4862 para obtener una lista de los proveedores de la red.</p>	<p>Este plan usa proveedores de la red. Pagará menos si usa un proveedor en la red del plan. Pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir servicios.</p>
<p>¿Necesita una remisión para ver a un especialista?</p>	<p>No.</p>	<p>Puede ver al especialista que usted escoja sin una remisión.</p>



Todos los costos de [copagos](#) y [coseguros](#) que se muestran en esta tabla se aplican después de que se haya aplicado el [deducible](#), si este corresponde.

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
Si visita el consultorio de un proveedor de atención médica o una clínica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$35/visita al consultorio	No está cubierto	Existen límites para las visitas por obesidad infantil.
	Visitas al especialista	Copago de \$45/visita	No está cubierto	Existen límites para las visitas por obesidad infantil.
	Atención preventiva/exámenes de detección / inmunización	Gratuito	No está cubierto	Es posible que tenga que pagar por servicios que no sean preventivos . Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique lo que pagará su plan .
Si tiene una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografías, análisis de laboratorio)	Coseguro del 20% después del deducible (ambulatorio) Gratuito (consultorio)	No está cubierto	Las pruebas de laboratorio independiente son gratuitas para pruebas de diagnóstico.
	Imágenes (tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones, resonancias magnéticas)	Coseguro del 20% después del deducible (ambulatorio) Gratuito (consultorio)	No está cubierto	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Más información sobre la cobertura de medicamentos recetados está disponible en http://info.caremark.com/shbp	Medicamentos genéricos y medicamentos de marca preferidos seleccionados (Nivel 1)	Copago de \$20 /receta (al por menor y pedido por correo)	Mismo copago del proveedor de la red , pero sobre la base del monto permitido. Usted debe hacer gasto de su bolsillo y presentar un reclamo por escrito para obtener un reembolso. El plan le reembolsará sobre la base del monto permitido para las farmacias de la red .	Para los medicamentos que no son de mantenimiento, hay un límite de suministro de 31 días en farmacias minoristas. Los medicamentos de mantenimiento se pueden surtir para un suministro de hasta 90 días (al por menor o por entrega a domicilio). Para suministros de 32 o 62 días, el copago mensual se duplica. Para suministros de 63 o 90 días de una farmacia de la red que no despache para 90 días, el copago mensual se triplica. Para suministros de 90 días en una farmacia minorista que despache para 90 días o mediante entrega a domicilio, el copago mensual se multiplica por 2.5 El copago de farmacia no se aplica al deducible; sin embargo, sí se aplica al máximo de gastos de su bolsillo.
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	Copago de \$50 /receta (al por menor y pedido por correo)		
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	Copago de \$90 /receta (al por menor y pedido por correo)		
	Medicamentos de especialidad (Nivel 4)	Igual que los medicamentos de Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 3, según corresponda.		

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
				Consulte los documentos del plan para obtener una lista de los medicamentos que requieren autorización previa o tienen otros límites.
Si tiene una cirugía ambulatoria	Tarifas del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro de 20% después del deducible	No está cubierto	---Ninguno---
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro de 20% después del deducible	No está cubierto	---Ninguno---
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencias	Copago de \$150/visita	Copago de \$150/visita	Se requiere autorización previa dentro de 1 día hábil, o tan pronto como sea posible, si usted es admitido en un hospital que no pertenece a la red. Si es admitido, el copago está exento.
	Transporte médico de emergencia	Gratuito	Gratuito	---Ninguno---
	Atención urgente	Copago de \$35/visita	No está cubierto	---Ninguno---
Si tiene estada por hospitalización	Tarifas del centro (p. ej., habitación en el hospital)	Coseguro del 20% después del deducible	No está cubierto	Puede requerir autorización previa .
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 0% después del deducible	No está cubierto	---Ninguno---
Si necesita servicios de salud mental, salud comportamental o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Copago de \$35/visita (PCP) Copago de \$45/visita (SPC) Copago de \$10/visita grupal	No está cubierto	---Ninguno---
	Servicios de hospitalización	20% de coseguro después del deducible	No está cubierto	--Ninguno--
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Gratuito después de la visita inicial Copago de \$35/visita (PCP) Copago de \$45/visita (SPC)	No está cubierto	Los costos compartidos no aplican para ciertos servicios preventivos . Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicar el coseguro . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (p. ej. ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto y alumbramiento	Coseguro del 20% después del deducible	No está cubierto	Puede requerir autorización previa .
	Servicios del centro de maternidad y alumbramiento	Coseguro del 20% después del deducible	No está cubierto	Se aplica a los centros para pacientes hospitalizados. Otros costos compartidos pueden aplicar dependiendo de los servicios provistos. Puede requerir autorización previa .

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Cuidados de salud en casa	Gratuito	Gratuito	Una visita equivale a cuatro horas de servicios de atención especializada. Se requiere autorización previa para la atención médica en el hogar.
	Servicios de rehabilitación	Copago de \$25/visita	No está cubierto	Existe un máximo de 40 visitas por terapia en un año de beneficios (física, ocupacional, del habla, rehabilitación cardíaca, rehabilitación pulmonar). Se requiere autorización previa para la terapia física de niños solo después de 40 visitas. Los servicios provistos por una agencia de salud en el hogar NO estarán sujetos a esta limitante cuando se lleven a cabo en el hogar. Si se realizan en el hogar, se aplican los beneficios de los cuidados de salud en el hogar.
	Servicios de habilitación	Copago de \$25/visita	No está cubierto	Las visitas de habilitación cuentan para el máximo de visitas por rehabilitación antes mencionado.
	Atención de enfermería especializada	Gratuito	No está cubierto	La cobertura del centro de enfermería especializada está limitada a 120 días por año calendario. No hay limitación de días para el centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados.
	Equipo médico duradero	Gratuito	No está cubierto	Puede requerir autorización previa .
	Servicios de hospicio	Gratuito	No está cubierto	Puede requerir autorización previa . 8 visitas de duelo por año calendario.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Gratuito	No está cubierto	1 examen de rutina cada 24 meses.
	Anteojos para niños	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
	Chequeo dental infantil	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (Revise su póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido.)		
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía bariátrica • Cirugía cosmética 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención dental (adultos) • Tratamiento de infertilidad • Cuidado a largo plazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermería privada • Cuidado rutinario de los pies • Programas para pérdida de peso
Otros servicios cubiertos (Es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)		
<ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado rutinario de la vista (adultos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aparatos auditivos

Sus derechos a continuar la cobertura: hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar su cobertura después de que termine. La información de contacto de esas agencias es: su departamento estatal de seguros, el Departamento de Seguros de Georgia: 1-800-656-2298 o www.oci.ga.gov/, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos: 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov. Es posible que haya disponibilidad de otras opciones de cobertura, incluyendo la compra de cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguros de Salud. Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596. Para obtener más información sobre sus derechos de continuar la cobertura, comuníquese con el plan al 1-800-610-1863.

Sus derechos de queja y apelación: hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja con respecto a su [plan](#) por la negación de un [reclamo](#). A esto se le llama [queja](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por dicho [reclamo](#) médico. Debe comunicarse directamente con Anthem Blue Cross y Blue Shield para apelar la denegación de cobertura de reclamos médicos llamando al 1-855-641-4862. Para apelaciones relacionadas con créditos de incentivos de bienestar, comuníquese con Sharecare al 1-888-616-6411. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad, derechos, este aviso o asistencia, puede comunicarse con: Servicios para Miembros del Plan Estatal de Beneficios de Salud al 1-800-610-1863 o acceder a información sobre apelaciones de elegibilidad en www.shbp.georgia.gov. Los documentos del [plan](#) también proporcionan información completa para presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja](#) por cualquier razón a su [plan](#).

¿Proporciona este plan una Cobertura Mínima Esencial? Sí.

Si no tiene [Cobertura Mínima Esencial](#) durante un mes, tendrá que hacer un pago cuando presente su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica para ese mes.

¿Cumple este plan con los Estándares de Valor Mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con los [Estándares de Valor Mínimo](#), usted puede ser elegible para un [crédito tributario para primas](#) que lo ayude a pagar por un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios de acceso en otros idiomas:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-855-641-4862.

————— *Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de muestra, vea la siguiente sección.* —————

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son sólo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y en los servicios excluidos de acuerdo con el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar según los diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura exclusiva de uno mismo.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto en un hospital)

■ El deducible general del plan	\$1300
■ Copago del especialista	\$45
■ Coseguro del hospital (centro)	20%
■ Otro coseguro	20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales de parto y alumbramiento.
 Servicios del centro de parto y alumbramiento.
 Pruebas de diagnóstico (*ultrasonido y análisis de sangre*).
 Visitas con el especialista (*anestesia*).

Ejemplo del costo total	\$7,540
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducible	\$1300
Copago	\$45
Coseguro	\$1248
<i>¿Qué no está cubierto?</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Peg es	\$2,593

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

■ El deducible general del plan	\$1300
■ Copago del especialista	\$45
■ Coseguro del hospital (centro)	20%
■ Otro coseguro	20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluyendo educación sobre enfermedades*).
 Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*).
 Medicamentos recetados*
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*).

Ejemplo del costo total	\$5,400
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducible	\$0
Copago	\$90
Coseguro	\$0
<i>¿Qué no está cubierto?</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Joe es	\$90

* Las recetas se pagan según el beneficio de farmacia a través de CVS caremark.

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$1300
■ Copago del especialista	\$45
■ Coseguro del hospital (centro)	20%
■ Otro coseguro	20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en sala de emergencia (*incluyendo suministros médicos*).
 Pruebas de diagnóstico (*radiografías*).
 Equipo médico duradero (*muletas*).
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*).

Ejemplo del costo total	\$1,900
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducible	\$0
Copago	\$270
Coseguro	\$0
<i>¿Qué no está cubierto?</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mia es	\$270

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de estos EJEMPLOS de servicios cubiertos.